



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département Fédéral de l'intérieur DFI
Office Fédéral de la Santé Publique

« Le système de santé suisse en comparaison internationale »

rapport OCDE / OMS – réformes en cours – comparaison NL

Dr. Gaudenz Silberschmidt, vice-directeur OFSP



Objectifs du rapport

- Vue d'ensemble du système de santé suisse tant du point de vue santé publique que du point de vue économique
- Réunir les soins de santé et la prévention des maladies/promotion de la santé dans une même étude
- Recevoir une vision externe de notre système de santé
- Renforcer la collaboration entre OMS et OCDE



Processus

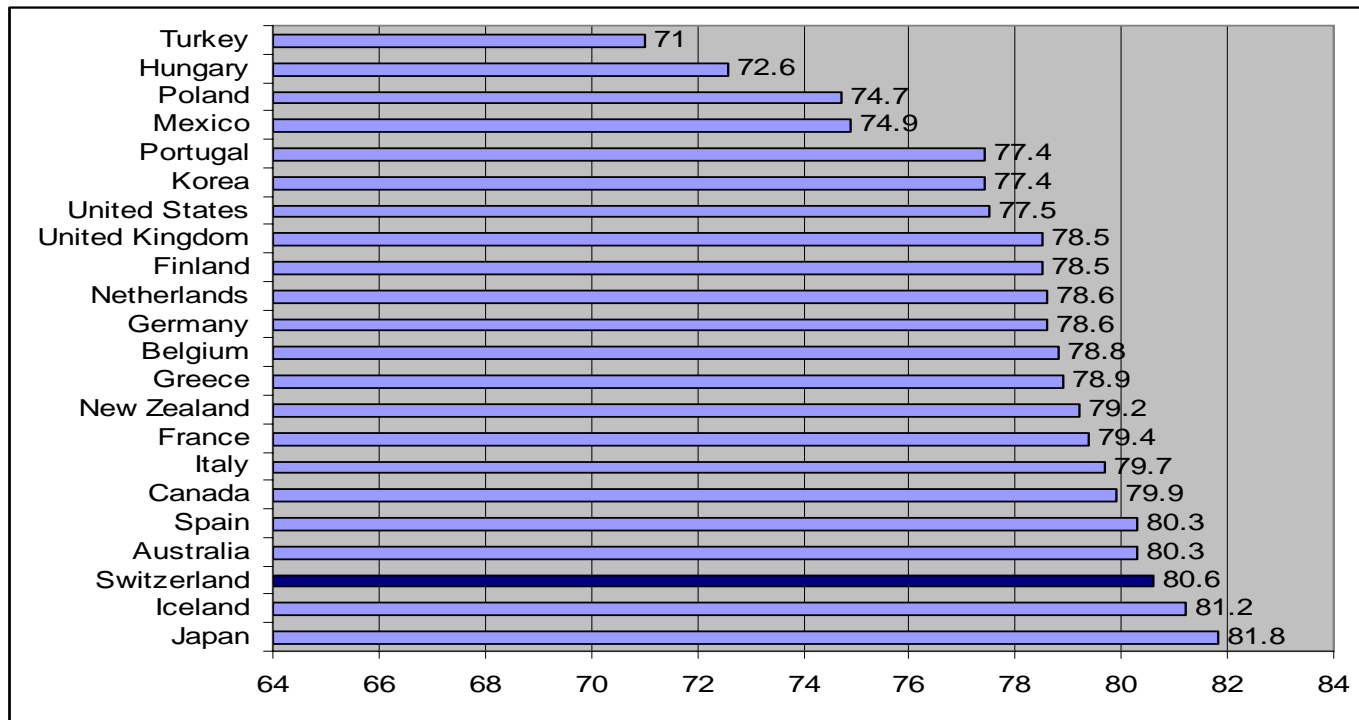
- **Mai 2004:** Annonce du CF Pascal Couchepin lors de la première réunion des ministres de la santé de l'OCDE, suivi de l'élaboration du mandat OMS/OCDE
- **Printemps 2005:** Compilation du questionnaire de l'OCDE/OMS par les experts suisses
- **Août 2005:** Mission de 10 jours de l'OCDE/OMS en Suisse et rencontre avec les autorités et experts suisses
- **Avril 2006:** Workshop à Berne pour présenter le projet de rapport
- **19 octobre 2006:** Conférence de presse de l'OCDE/OMS à Berne à l'occasion de la publication du rapport



Résultats

Bon état de santé de la population suisse

Espérance de vie à la naissance dans les pays de l'OCDE



Source: OECD health data, 2006



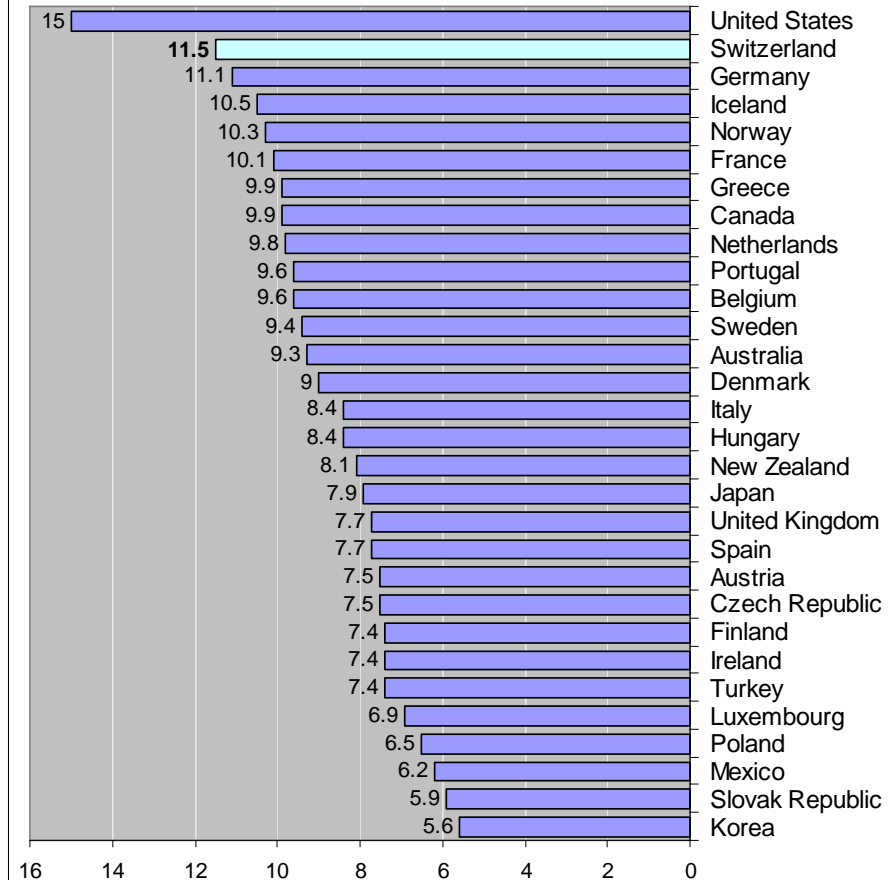
Points forts du système de santé suisse

- Satisfaction des patients vis-à-vis des services de santé (libre choix du prestataire, pas de liste d'attente etc)
- Couverture universelle des soins via la LAMal
- Accès illimité à un large éventail de prestations de santé (y compris nouvelles technologies)
- Peu d'inégalités de santé en comparaison avec les autres pays de l'OCDE



Principal défi pour le système de santé suisse: son coût élevé

Health expenditures as a percentage of GDP



Source: OECD (2005), *OECD Health Data 2005*, Paris



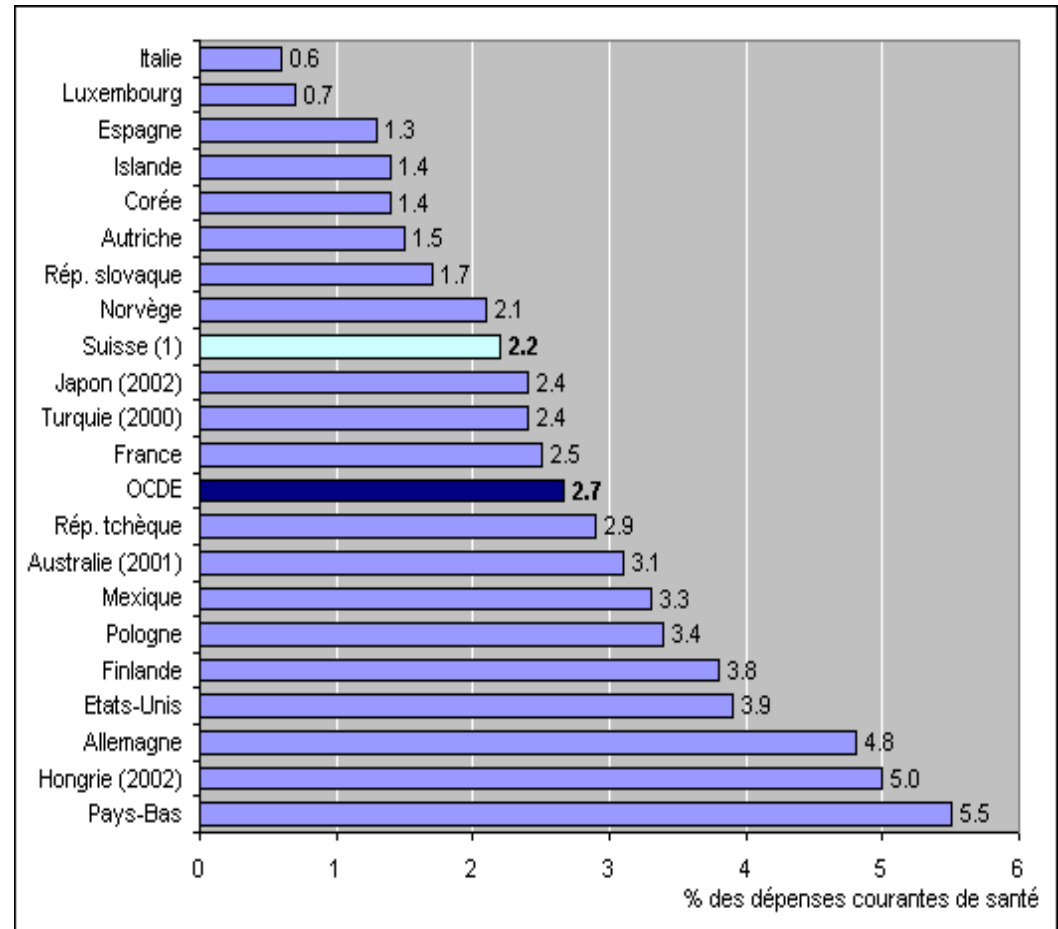
Autres défis auquel le système de santé est confronté:

- Population vieillissante – accroissement de la pression sur les coûts
- Système complexe de gouvernance: responsabilités fragmentées, manque de coordination entre les 26 systèmes cantonaux
- Manque de coordination et de surveillance de la qualité des soins
- Insuffisance des données (grandes différences entre les cantons); pas d'accès aux statistiques privées



Déséquilibre entre les dépenses de soins de santé et celles de prévention/ promotion de la santé

Dépenses au titre de la promotion de la santé et de la prévention en part des dépenses totales de santé dans les pays de l'OCDE, 2003



Source : OCDE (2005), *Eco-Santé OCDE* 2005, Paris.



Les principaux facteurs de risque, maladies ou accidents pour la mortalité

Rang	Facteur de risque	% total décès	Rang	Maladie ou accident	% total décès
1	Hypertension artérielle	19.2	1	Maladies cardiaques ischémiques	17.6
2	Tabac	15.3	2	Maladies cérébrovasculaires	7.4
3	Cholestérol	12.0	3	Cancers voies respiratoires et poumon	4.7
4	IMC ¹ élevé	8.6	4	Maladie d'Alzheimer et autres démences	4.7
5	Inactivité physique	4.5	5	Insuffisance respiratoire	4.1
6	Faible consommation de fruits et légumes	3.1	6	Mal. pulm. obstructives chroniques	3.2
7	Drogues illicites	0.7	7	Diabète sucré	3.0
8	Alcool	0.6	8	Cancers du colon et du rectum	3.0
9	Particules aéroportées (exp. prof.) ²	0.5	9	Cancer de la prostate	2.5
10	Pollution urbaine	0.5	10	Cardiopathie hypertensive	2.3
% du total des décès		65.0	% du total des décès		52.6



Les principaux facteurs de risque, maladies ou accidents pour la charge de maladie

Rank	Risk factor	% total DALYs	Rank	Disease or injury	% total DALYs
1	Tobacco	11.2	1	Unipolar depressive disorders	10.3
2	High blood pressure	7.3	2	Ischaemic heart disease	6.2
3	Alcohol	7.2	3	Alzheimer and other dementias	4.7
4	High BMI	6.0	4	Alcohol use disorders	4.6
5	High cholesterol	5.1	5	Hearing loss, adult onset	4.2
6	Illicit drugs	2.7	6	Cerebrovascular disease	3.3
7	Physical inactivity	2.4	7	Trachea, bronchus and lung cancers	3.1
8	Low fruit and vegetable intake	1.6	8	Chronic obstructive pulmonary disease	2.8
9	Unsafe sex	0.7	9	Self-inflicted injuries	2.8
10	Childhood sexual abuse	0.6	10	Osteoarthritis	2.7
<i>% of total DALYs</i>		<i>44.8</i>	<i>% of total DALYs</i>		<i>44.6</i>

Note:

DALYs stands for disability adjusted-life years and it is defined as the sum of years of potential life lost due to premature mortality and the years of productive life lost due to disability.

Source:

Estimated from the WHO database on "*Burden of disease*".



Taxation des cigarettes et du vin non pétillant dans une sélection de pays de l'OCDE (2005)

	Total tax, including VAT as a % of retail selling price of a pack of cigarettes	VAT (%)	Excise duty per hectoliter in euro
France	80	19.6	3
Portugal	78	12	0
Spain	78	16	0
Ireland	78	21	273
United Kingdom	77	17.5	247
Germany	76	16	0
Finland	75	22	212
Austria	75	20	0
Italy	75	20	0
Poland	75	22	35
Belgium	75	21	47
Hungary	75	20	0
Denmark	75	25	82
Greece	73	19	0
Netherlands	73	19	59
Slovak Republic	70	19	0
Luxemburg	70	12	0
Sweden	69	25	237
Czech Republic	67	19	0
Switzerland	60	7.6	0



Recommandations de l'OCDE/OMS:

Renforcer la gouvernance du système

- Mise en place d'un cadre juridique global pour la santé:
 - fixation d'objectifs nationaux
 - définition des responsabilités/tâches des différents niveaux de gouvernement
- Promouvoir une meilleure gestion de la qualité clinique
- Améliorer les systèmes d'information et la transparence du système



Trouver un meilleur équilibre entre les soins de santé et la prévention/promotion de la santé

- Élaborer une loi fédérale sur la santé publique et la prévention
- Encourager l'utilisation de mesures avec un bon rapport coût efficacité dans le domaine de la consommation de tabac et d'alcool
- Renforcer les incitations à investir dans la promotion de la santé et la prévention des maladies
- Renforcer les politiques en matière de santé mentale et d'obésité



Améliorer le rapport coût-efficacité du système de santé

- Orienter la consommation des soins de santé vers des soins plus appropriés (par ex. recours accru aux génériques)
- Améliorer les mécanismes de paiement dans le secteur hospitaliers et ambulatoires
- Encourager la mise en place de systèmes de médecins référents (gate keeping)
- Accroître la concurrence pour les médicaments non brevetés



Appréciation générale

- Bilan du système de santé suisse
- Palette de recommandations
- Instrument de référence pour les discussions en cours, mais aussi dans la perspective d'une réflexion stratégique
- Avis d'experts extérieurs et de pays pairs (Pays-Bas et Finlande)
- Outil comparatif (série de l'OCDE)
- Visibilité accrue du système de santé suisse sur le plan international



Suivi du rapport

- Thème du dernier „Dialogue“ avec les cantons
- Projet de loi fédérale sur la santé publique et la prévention
- Comparaison de notre système avec celui des Pays-Bas
- Initiative parlementaire (Gutzwiller) en faveur d'un article constitutionnel sur la santé
- Outil de référence pour les activités principales de l'OFSP et les autres acteurs du système



Les réformes réalisées et en préparation

Des réformes ont été ou sont entreprises dans différents domaines:

- Réforme du financement hospitalier
- Coût des médicaments
- Coût des homes, EMS, soins à domicile
- Coût des analyses, moyens , appareils
- Coût des médecins



Financement des hôpitaux

■ Les problèmes

Surcapacité
hospitalière

Manque de transparence
des coûts

Volume des prestations en
augmentation

Chiffres-clés

Densité de lits pour
100'000 habitants
Suisse (2004) : 560

Allemagne: 640

France: 420

Pays Bas: 350

La moyenne européenne
est de 460 lits pour
100'000 habitants

Source: Eco-santé OCDE, 2005

■ Les solutions

Réforme du financement
hospitalier renforçant les
responsabilités
financières des
responsables politiques

Harmonisation des
comptabilités,
renforcement de la
concurrence et de la
transparence

Introduction du forfait par
cas DRG (financement
lié aux prestations)

Financement dual des
prestations (cantons et
assureurs)



Action sur le coût des médicaments

Les chiffres clés (octobre 2006)

Les 10 médicaments les + vendus en Suisse

- | | |
|----------------|---------------------|
| 1) Sortis | → Cholestérol |
| 2) Nexium Mups | → Estomac (brûlure) |
| 3) Seretide | → Asthme |
| 4) Plavix | → Coagulation |
| 5) Pantozol | → Estomac (brûlure) |
| 6) Zyprexa | → Schizophrénie |
| 7) Efexor | → Antidépresseur |
| 8) Fosamax | → Ostéoporose |
| 9) Symbicort | → Asthme |
| 10) CoAprovel | → Hypertension |

Aucun n'a de générique

Comparaison des coûts (avec D, NL, UK, DK, I, F, AU)

4 plus chers en Suisse (Sortis, Plavix, Efexor, Fosamax)

6 moins chers en Suisse (Nexium Mups, Seretide, Pantozol, Zyprexa, Symbicort, CoAprovel)

Les solutions

Abaisser les prix des médicaments dont le brevet est échu
(rappel: accord avec Interpharma = 250 mios d'économie par année / -1,5% sur prime assurance maladie)

Encourager les génériques:
introduction d'une quote part différenciée au 1.1.06 (= 150 mios d'économie 06)



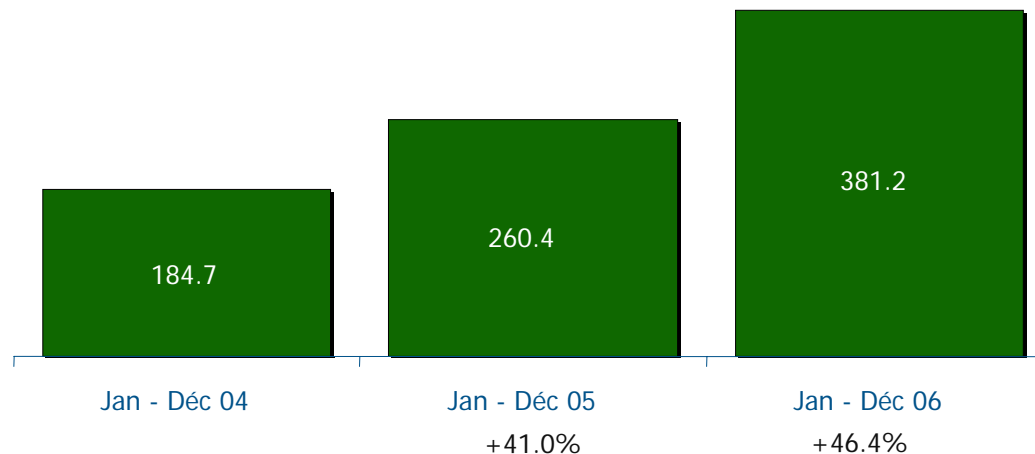
Marché des génériques

Marché des génériques: 2004-2006

Via les pharmaciens, praticiens, hôpitaux

Produits remboursés par les caisses (OFSP)

Valeur ex -factory CHF 381.2 Mio. (+120.8 Mio. / +46.4%)



Folie 16

Source : APO/SD/SPI/DRO Index
Swissmedic A, B, C, D, Z inkl. Impfstoffe

ims



Action sur le coût des homes, EMS, soins à domicile

■ Les problèmes

Vieillessement de la population

Augmentation du nombre de personnes à charge

Augmentation des coûts

Les chiffres clés

Nombre de personnes en EMS/homes

1997 : 58'000

2005 : 80'000

Coûts totaux

1997 : 3,48 milliards FS

2005 : 6,89 milliards FS

Total des coûts par personne

1997 : 59'613 FS

2005 : 86'125 FS

Les solutions

Gel des tarifs jusqu'en 2008

Projet de loi sur le financement des soins EMS/homes/soins à domicile

(claire répartition des coûts entre cantons, assureurs, assuré (volonté de stabiliser la part des assureurs), entrée en vigueur prévue en 2009)



Action sur les coûts des médecins

Les problèmes

Répartition inégale des cabinets

Trop de spécialistes par rapport aux généralistes??

Augmentation des prescriptions et demandes d'analyses

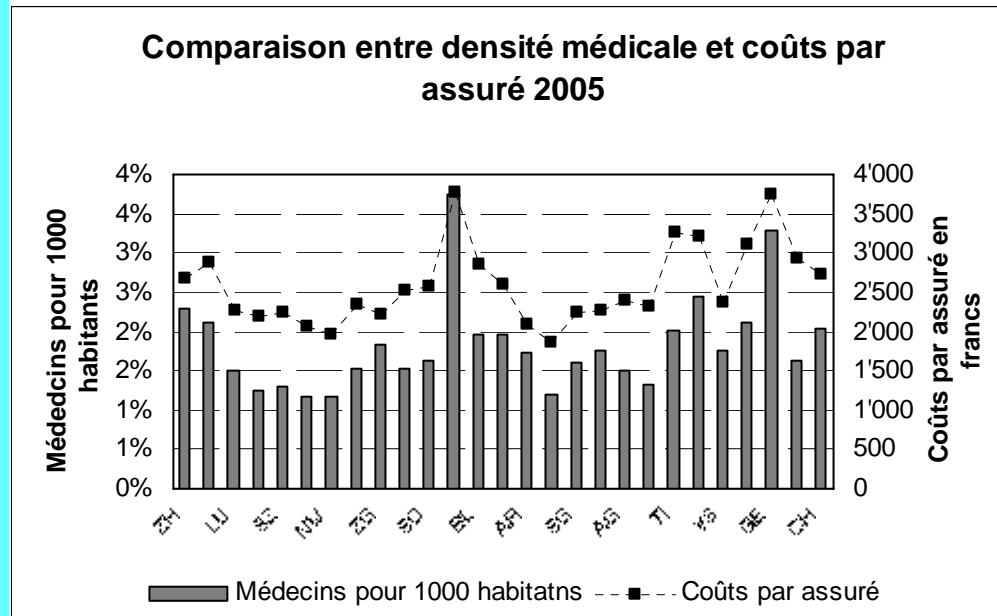
Prise en compte insuffisante de l'efficacité réelle des traitements

Les solutions

Limitation de l'ouverture de nouveaux cabinets
(reconduction jusqu'en 2008 de l'ordonnance de 2002)

Article «moutons noirs» (art. 59 LAMal en vigueur depuis le 1.1.2005)

Introduction de la liberté de contracter
(projet de loi – introduction prévue 2008 - remplacera l'ordonnance de 2002)



Source : FMH / OFSP

The Dutch Approach



- Combine the elements of the traditional social insurance executed by private organizations, with competition:
 - between care providers
 - between insurance companies
- Hypothesis is that competition will increase the value for money.
- Challenges of the future can be better met than with a central (governmental) supply-driven system.

The Dutch Approach: public guarantees



For the public:

- Universal coverage, determined by government
- Quality control
- One premium per insurance company
 - same for sick and healthy
- No premium for children
- Guaranteed issue, obligation to accept
 - Including high cost patients
- Premium allowance (handled and paid by tax office)



The Dutch Approach: public guarantees

Within the system:

- Risk adjustment
 - to adjust revenues insurer for risks population
- Mandatory insurance, no opt-out
- Market regulation and supervision

Example Risk equalization

In euro's a year	A woman aged 40, disability benefit, living in urban area, last year hospitalization for osteoarthritis	A working man aged 38, living in a good area, last year no medication nor any hospitalization/chronic diseases
Demographics	934	872
Source of income	941	-/- 63
Region	98	-/- 67
Pharmaceutical cost group	-/- 315	-/- 315
Diagnosis cost group	6.202	-/- 130
FROM FUND	7.800	297

The Dutch Approach: the essence of competition



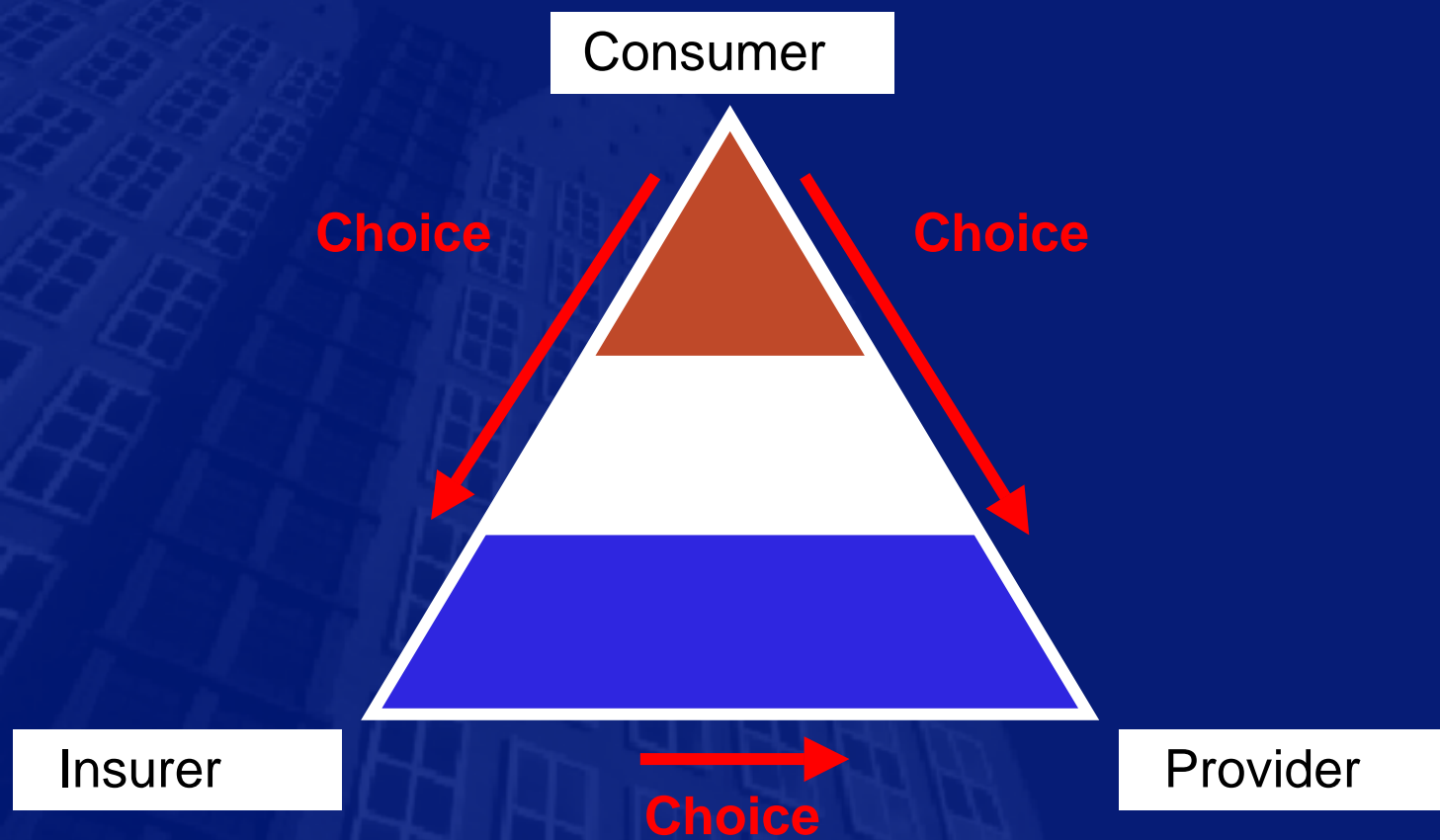
... to experience the effects of your **performances**.

Therefore it disciplines and motivates!

Many evolutionary biologists view inter-species and intra-species competition as the driving force of adaptation and ultimately, evolution.

But competition is a means and not a goal...

Choice is everywhere!

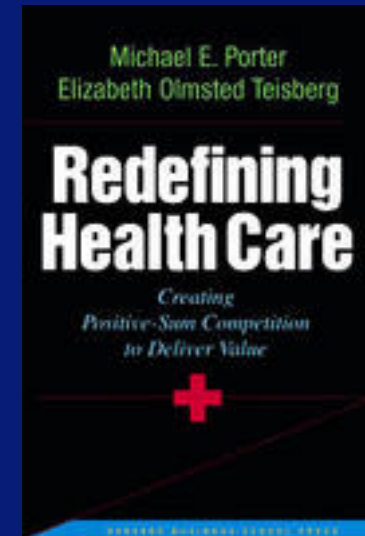


Porter and Teisberg (2006):

“The only way to transform health care is to realign competition with value for patients. Value in health care is the health outcome per dollar of cost expended”

“Only by measuring and holding every system participant accountable for results will the performance of the health care system ever be significantly improved.”

“Value-based competition on results is the only antidote to the inefficiency and quality problems that plague the health care system”



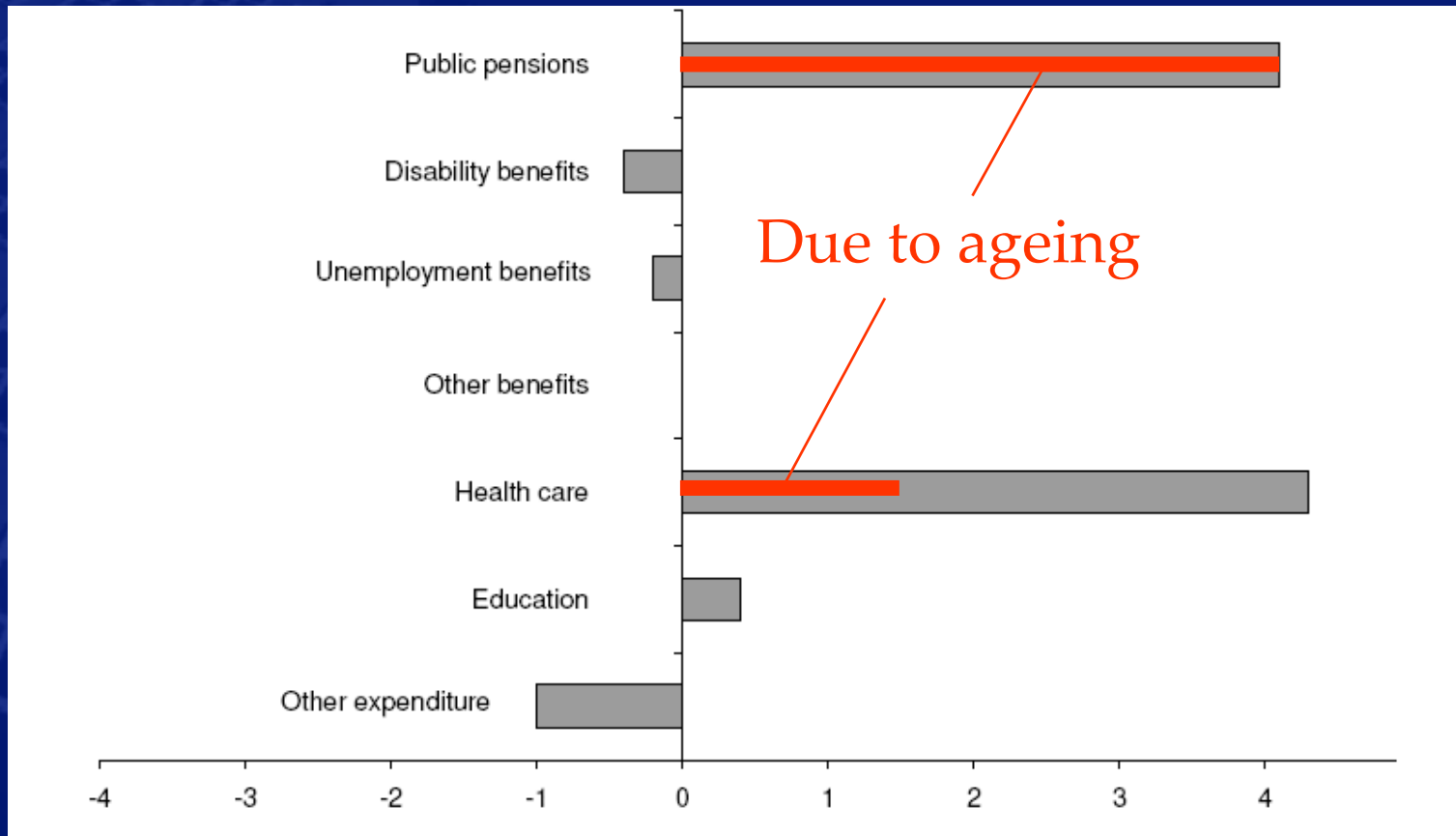
VWS

Annual rise of health care consumption

VWS

Components ↓	Annual growth	
Demographics (of which ageing 0,7%)	0,9%	
Technology	1,7%	
Socio-cultural	0,2%	
Volume growth	2,8%	← More patients
Productivity-gap	1,2%	
Growth in real prices	4,0%	
Inflation (GDP)	1,5%	
Growth in nominal terms	5,5%	← Higher expenditures

1. Primary expenditures of the public sector (in % change 2006-2040)



2. Increase of risk solidarity (current prices)

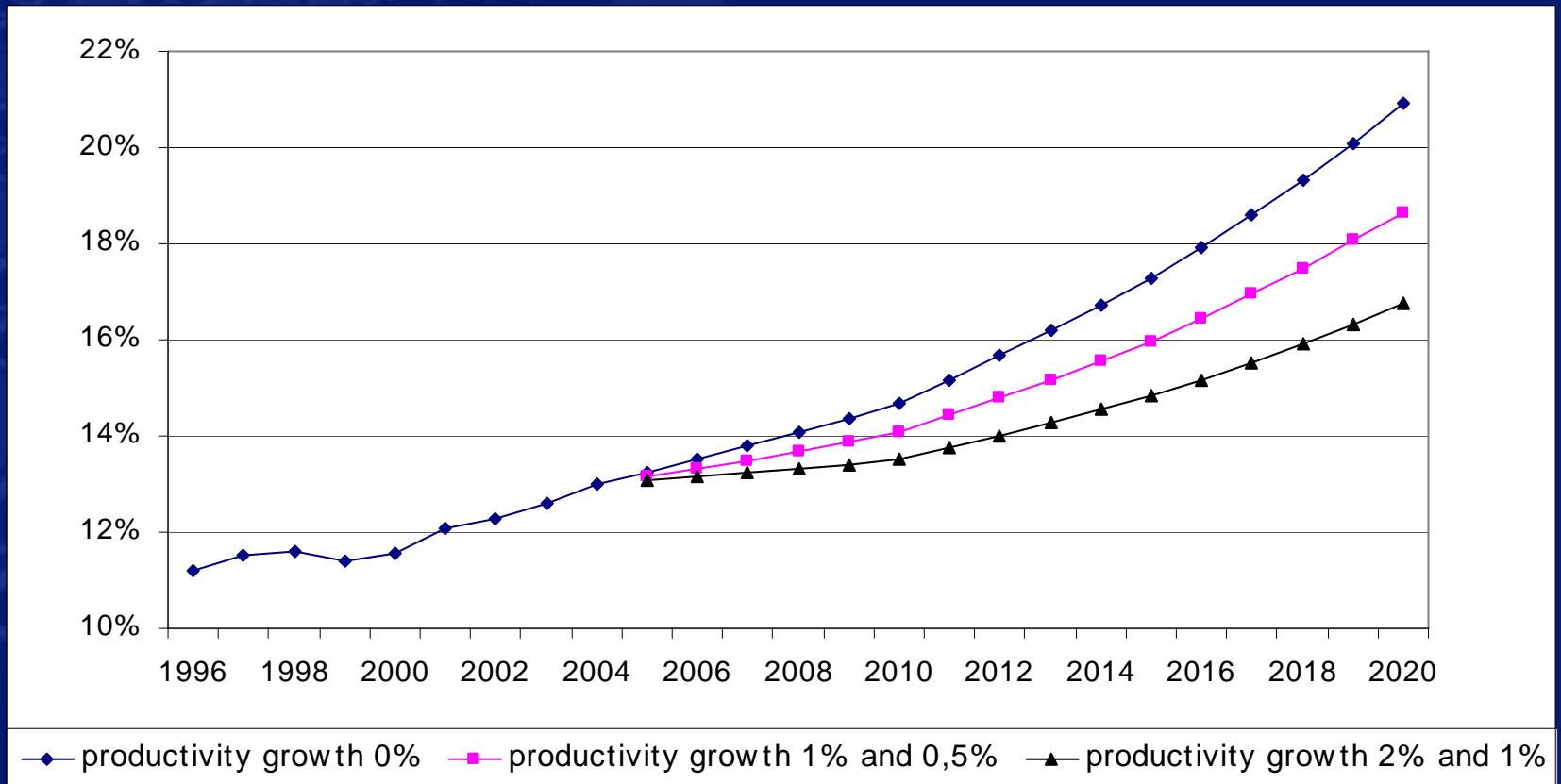


Curative care	2006		2026
Share of net beneficiaries	16%	→	13%
Yearly solidarity transfer	€17,8 mld	→	€43,3 mld
Average per capita payment of net-contributors	€1.720	→	€3.780 (+120%)
Long term care	2006		2026
Share of net beneficiaries	6%	→	10%
Yearly solidarity transfer	€16,0 mld	→	€34,2 mld
Average per capita payment of net-contributors	€1.380	→	€2.870 (+108%)

3. Increasing need of labour force capacity



Labour force in Health Care Sector as % of Total Labour force





Conclusion

- pas de modèle unique de santé (valeurs, traditions et institutions propres à chaque pays)
- Importance de l'échange d'expérience avec les autres pays, qui sont confrontés à des défis semblables (NL)
- Country review = instrument comparatif et de référence pour la Suisse
- Défis à venir pour le système de santé suisse :
Gouvernance, prévention, transparence, qualité et coûts